



ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE EL EMPLEO DE LOS MARCADORES CLÁSICOS Y LA ECOGRAFÍA CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.

González Mazarío R¹, Fragío Gil JJ¹, Grau García E¹, De la Rubia Navarro M¹, Pavez Perales C¹, Leal Rodríguez S¹, Alcañiz Escandell C¹, Cánovas Olmos I¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Ivorra Cortés J¹, Martínez Cordellat I¹, Nájera Herranz C¹, Neguerolas Albuixech R¹, Oller Rodríguez JE¹, Ortiz-Sanjuán FM¹, Vicens Bernabeu E¹, Cañada Martínez AJ², Román Ivorra JA¹

¹ Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ² Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

La principal causa de mortalidad en pacientes con artritis reumatoide (AR) es la enfermedad cardiovascular (ECV), que no se explica exclusivamente por los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos. La medición del grosor de la íntima-media (GIM) carotídea y/o la detección de placas de ateroma por ecografía son marcadores que permiten reclasificar a los pacientes a un alto RCV.

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio es estimar el RCV en pacientes con AR mediante el empleo de ecografía carotídea adicionalmente a los FRCV clásicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de casos y controles, prospectivo observacional transversal en pacientes diagnosticados de AR según criterios ACR/EULAR 2010. Se incluyeron pacientes de entre 18-75 años y se emparejaron con controles sanos. Fueron excluidos aquellos pacientes o controles con ECV establecida y enfermedad renal crónica estadios 3-5. Se recogieron variables demográficas, clínicas y un explorador ciego realizó un estudio cuantitativo y cualitativo de ecografía carotídea. El análisis estadístico se realizó con el software R (versión 3.6.1). Para encontrar diferencias entre grupos se ajustó mediante análisis multivariante y regresión binomial negativa debidamente ajustada por factores de confusión.

RESULTADOS

Se incluyeron 200 pacientes con AR y 111 controles sanos. Los datos demográficos y clínicos de ambos grupos se representan en la Tabla 1, y los parámetros relacionados a la AR en los controles en la Tabla 2.

No se encontraron diferencias estadísticas entre ambos grupos, no siendo más prevalentes los FRCV clásicos en los pacientes con AR. Se apreció en los dos brazos que a mayor edad e IMC, más casos de HTA había ($p < 0,001$).

Los pacientes con AR tenían una larga evolución de su enfermedad, la gran mayoría erosiva, y más del 50% en tratamiento con FAME biológico o Jaki, habiendo fracasado a biológicos 68 pacientes (34%).

Los hallazgos de la ecografía carotídea se muestran en la Tabla 3.

Tabla 1. Datos demográficos y clínicos.

Características	Casos AR n=200	Controles sanos n=111
Edad (años)	60.56 (10.71)	56.79 (12.15)
Sexo	Mujeres 163 (81.5%) Hombres 37 (18.5%)	Mujeres 73 (65.77%) Hombres 38 (34.23%)
Origen	Europa 186 (93%) Latinoamérica 13 (6.5%) Asia 1 (0.5%)	Europa 101 (90.99%) Latinoamérica 9 (8.11%) Asia 1 (0.9%)
Hábito tabáquico	Fumadores 42 (21%) No 107 (53.5%) Ex 51 (25.5%)	Fumadores 20 (18.02%) No 71 (63.96%) Ex 20 (18.02%)
Hipertensos	83 (41.5%)	34 (30.63%)
Tratamiento anti-hipertensivo	73 (36.5%)	32 (28.83%)
Diabetes Mellitus	16 (8%)	9 (8.11%)
Dislipemia	93 (46.5%)	39 (35.14%)
Tratamiento con estatinas	85 (42.5%)	35 (31.53%)
Actividad física diaria	138 (69%)	64 (57.66%)
Historia familiar de ECV precoz	26 (13%)	9 (8.11%)
Antecedente de Osteoporosis	61 (30.5%)	13 (11.71%)
Antecedente de gota	1 (0.5%)	6 (5.41%)
Tratamiento hipouricemiante	1 (0.5%)	8 (7.21%)
IMC	26.38 (5.03)	26.2 (5.19)
Tensión arterial sistólica	127.2 (18.36)	127.77 (19.42)
Tensión arterial diastólica	78.67 (10.21)	78.28 (10.59)
Glucosa (mg/dL)	92.14 (14.98)	93.31 (15.22)
Filtrado glomerular CKD-EPI (ml/min)	84.36 (17.49)	89.41 (15.37)
Ácido úrico (mg/dL)	4.46 (1.2)	4.82 (1.33)
Colesterol total (mg/dL)	197.88 (37.17)	194.77 (35.79)
HDLc (mg/dL)	63.72 (15.66)	56.99 (15.1)
LDLc (mg/dL)	108.79 (34.38)	114.44 (30.93)
CT/HDLc	3.28 (0.97)	3.77 (1.05)
Triglicéridos (mg/dL)	119.56 (63.83)	121.58 (75.08)
PCR (mg/L)	5.46 (8.5)	2.31 (2.32)
VSG (mm/h)	20.75 (16.58)	11.25 (7.42)
Vitamina D-25(OH) (ng/mL)	31.1 (11.78)	26.26 (9.87)

Tabla 2. Características de la AR en los casos.

Evolución de la AR (años)	16.98 (11.38)
Erosiones	163 (81.5%)
Seropositivos	146 (73%)
Manifestaciones extraarticulares	44 (22%)
EPID	10 (5%)
Nódulos reumatoideos	14 (7%)
Uso de glucocorticoides	103 (51.5%)
Dosis media (prednisona) en el último año (mg)	2.34 (2.84)
FAME sintético asociados	
Metotrexate	104 (52%)
Leflunomida	29 (14.5%)
Hidroxilcloroquina	9 (4.5%)
FAME biológico	89 (44.5%)
Anti-TNF	41 (20.5%)
Abatacept	15 (7.5%)
Anti-IL6	22 (11%)
Rituximab	11 (5.5%)
JAKi	26 (13%)
Baricitinib	11 (5.5%)
Tofacitinib	15 (7.5%)
Fracaso a biológicos	68 (34%)
DAS 28	3.1 (2.3, 3.9)
SDAI	7.85 (4.04, 13.41)
HAQ	0.88 (0.22, 1.5)
FR (U/mL)	51 (15, 164.25)
ACCP (U/mL)	173 (22, 340)

Tabla 3. Datos de la ecografía carotídea.

	Casos AR n=200	Controles sanos n=111
GIM derecho	0.78 (0.15)	0.62 (0.11)
GIM izquierdo	0.77 (0.14)	0.64 (0.12)
Placas	101 (50.5%)	32 (28.83%)
Bilaterales	64 (32%)	11 (9.91%)
Unilateral derecha	17 (8.5%)	7 (6.31%)
Unilateral izquierda	20 (10%)	14 (12.61%)
Número de placas	1.61 (2.16)	0.55 (1.14)

Encontramos un aumento del GIM (tanto derecho como izquierdo) en los casos en comparación con controles ($p < 0,006$), ajustada a factores de confusión (edad, sexo y FRCV), mostrando relación estadística significativa con los años de evolución y el DAS28 ($p < 0,001$). En cuanto a la presencia de placas también fue mayor en los casos, ($p < 0,004$), mostrando también relación con los años de evolución de la enfermedad ($p < 0,001$). No encontramos relación estadística significativa en relación a ningún FRCV y la edad. El uso de estatinas, en ambos grupos, no se mostró protector del aumento del GIM ni la presencia de placas ($p < 0,001$). Tampoco encontramos relación con otros factores, como la presencia de osteoporosis y los valores de ácido úrico.

CONCLUSIONES

Hemos estimado una alta prevalencia de aterosclerosis carotídea a través de la ecografía en los casos (50,5%) en comparación con controles (28,83%), sin mostrar asociación con edad, sexo y FRCV clásicos, encontrando relación con la enfermedad, concretamente duración de la AR y DAS28. Esto indica, como se ha planteado en otros estudios, que las condiciones inflamatorias e inherentes a la AR pueden afectar la formación de placas ateroscleróticas, por lo que para el manejo de la ECV en estos pacientes debe ser primordial no solo controlar los FRCV tradicionales, si no también la actividad de la AR.